

гормонов, прогестерона и эстрадиола в плазме крови на фоне повышенного уровня пролактина и нормального уровня тестостерона, что способствует не только возникновению нарушений прямых и обратных связей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, но и прогрессированию патологии от гипоменструального синдрома к более тяжелому состоянию - аменорее, что, несомненно, следует учитывать при назначении лечения.

2. Применение дифференцированного подхода к назначению гормональных препаратов в лечении нарушений менструальной функции, обусловленных косметической диетой, позволит четко определить показания и противопоказания для назначения данной терапии и избежать усугубления патологии репродуктивной системы и центров ее регуляции при неадекватном назначении гормонов.

Литература:

1. Жукова, Н. П. Характеристика психологического статуса девушек и женщин с нарушениями питания и репродуктивного здоровья / Н. П. Жукова, О. Н. Шматкова // Охрана материнства и детства. – 2008. – № 1 (11). – С. 27–33.
2. Жукова, Н. П. Ретроспективный анализ менструальной и репродуктивной функций и методов их коррекции у больных с нарушениями питания / Н. П. Жукова, О. Н. Шматкова // Охрана материнства и детства. – 2010. – № 1 (15). – С. 4–8.
3. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. – М. : Мед. информ. агентство, 2001. – 368 с.
4. Строев, Ю. И. Эндокринология подростков / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов ; под ред. А. Ш. Зайчика. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2004. – 384 с.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавлева Л.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Генерализации инфекционных заболеваний различной этиологии у детей способствует широкое применение в отделениях реанимации и интенсивной терапии искусственной вентиляции легких, катетеризации центральных вен, большого количества других инвазивных процедур при недостаточно совершенной системе инфекционного контроля [1,2,3].

Развитие неонатальных пневмоний, по мнению многих авторов, во многом связано с особенностями иммунологической резистентности новорожденных. В литературе имеются данные об изменениях со стороны иммунной системы, однако полностью не изучены все изменения звеньев иммунитета при неонатальных пневмониях [4,5].

Клиническая картина и особенности течения инфекционных заболеваний напрямую зависят от уровней продукции про- и противовоспалительных цитокинов, и их влияния на иммунорегуляторные и эффекторные иммунные механизмы. В то же время в литературе имеется мало информации о динамике иммунного статуса у новорожденных детей при физиологическом и осложненном течении неонатального периода, о влиянии провоспалительных цитокинов на функциональные свойства неонатальных нейтрофилов и лимфоцитов.

Цель. Исследовать особенности клинико-иммунологического статуса у новорожденных детей с пневмониями и обосновать рациональные способы иммунотерапии.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось в 2015-2017 годах на базах роддомов города Витебска и Витебского областного детского клинического центра. Под нашим наблюдением находилось 32 новорожденных с неонатальными пневмониями (15 детей с врожденной пневмонией и 17 детей с респираторным дистресс-синдромом, осложненным пневмонией), группу сравнения составили 20 «условно здоровых» новорожденных без патологии респираторного тракта.

Объектом иммунологического исследования была периферическая кровь новорожденных детей. Исследование венозной крови осуществляли на 7-15 сутки жизни. Оценка субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови основывалась на результатах фенотипирования лимфоцитов после выделения моноклеарных клеток (МНК) на градиенте плотности фиколл-верографин (по Boyum). Фенотипирование лимфоцитов проводили общепринятым методом люминесцентной микроскопии при окрашивании суспензии МНК моноклональными антителами к кластерам дифференцировки CD3, CD4, CD8, CD22, CD25. При проведении этого исследования использовались моноклональные антитела, конъюгированные с флюоресцеинизотиоцианатом или фикоэритрином. Также мы проводили определение уровня иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. В исследуемой группе было 32 новорожденных ребенка с пневмониями (15 детей с врожденной пневмонией и 17 детей с респираторным дистресс-синдромом, осложненным пневмонией), у которых в раннем периоде адаптации отмечалась дыхательная недостаточность. Гестационный возраст у 24 детей составлял 29–36 недель, у 8 детей 37-40 недель, масса тела при рождении 1100 – 3450 грамм, длина тела от 36 до 52 см. Мальчиков было 19, девочек – 13. Все дети исследуемой группы родились от беременностей высокого риска.

Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составляла $5,1 \pm 0,6$ балла, на 5-й минуте жизни у 9 детей было $6,7 \pm 0,3$ балла, а 23 ребенка находились на ИВЛ. 23 детям (71,86%) проводилась искусственная вентиляция легких (ИВЛ), средней длительностью $6 \pm 1,2$ дня.

В группу сравнения (контрольную) группу вошли «условно» здоровые доношенные и почти доношенные дети (35-36 неделя гестации) новорожденные дети (n=20) без признаков неонатальной пневмонии.

При сопоставлении показателей гемограммы у новорожденных контрольной и исследуемой групп на 5-7 сутки жизни было выявлено, что для детей с неонатальными пневмониями характерны снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, тенденция к лейкопении, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов).

Также хотелось бы отметить отсутствие достоверной разницы в показателях сегмент ядерных нейтрофилов, СОЭ, других показателей лейкоцитарной формулы. Данный факт можно трактовать ареактивностью организма и незрелостью иммунной системы недоношенных детей с неонатальными пневмониями (в исследуемой группе из 32 детей 24 были недоношенными).

Состояние гуморального звена иммунитета мы оценивали по концентрации иммуноглобулинов основных классов. Учитывая бактериальный генез воспаления при неонатальных пневмониях, более сниженная продукция Ig A у пациентов данной группы отображает отсутствие достаточного местного и общего иммунного ответа и может быть предиктором формирования рецидивирующей и хронической патологии бронхолегочной системы у детей впоследствии. Также хотелось отменить некоторую тенденцию к повышению IgM, IgG, но не выявило статистически достоверной разницы в обеих группах исследуемых новорожденных. У детей с неонатальными пневмониями дефицит Т-клеточного иммунитета характеризовался достоверным снижением абсолютного и относительных количеств CD3+ и CD4+ и изменен имунорегуляторный индекс (ИРИ).

Заключение.

Полученные в результате исследования, выявленные данные свидетельствуют о выраженных нарушениях клеточного иммунитета, факторах неспецифической защиты у новорожденных недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, приводящей к вторичной иммунной недостаточности, что диктует необходимость включения в комплексную терапию инфекционно-воспалительных заболеваний препаратов иммуномодулирующего действия.

Литература:

1. Зосимов, А. Н. Детская пульмонология. Принципы терапии / А. Н. Зосимов, В. К. Ходзицкая, С. А. Черкасов. – М. : Эксмо, 2008. – С. 187–189.
2. Неонатология : нац. рук. / под ред. Н. Н. Володина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 749 с.
3. Nissen, M. D. Congenital and neonatal pneumonia / M. D. Nissen // Paediatr. Respir. Rev. – 2007. – Vol. 8, № 3. – P. 195–203.
4. Sugitharini, V. Inflammatory mediators of systemic inflammation in neonatal sepsis / V. Sugitharini, A. Prema, T. Berla // Inflammation Research. – 2013. – Vol. 62, № 12. – P. 1025–1034.

5. Антонов, А. Г. Диагностические критерии внутриутробной пневмонии и основные аспекты ее лечения / А. Г. Антонов, Е. Н. Байбарина, Н.В. Евтеева // Вестн. акушера-гинеколога. – 1996. – № 3. – С. 7–10.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВЕРОЯТНОЙ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ В АКУШЕРСТВЕ

Кизименко А.Н., Захарова Л.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Случаи трудной интубации являются результатом недостаточного осмотра пациента, неполным сбором анамнеза, недооценки прогностических признаков трудной интубации, а также отсутствия оборудования и профессиональных навыков [1]. Проблема обеспечения проходимости дыхательных путей и достижения адекватного газообмена всегда актуальна: от правильного и своевременного предупреждения (устранения) критической гипоксии напрямую зависит качество и конечный результат оказания медицинской помощи пациентам.

Анализ, проведённый рядом исследователей, показал, что почти треть всех случаев анестезиологической смертности связана с трудностями при интубации трахеи. Причём 17% из них обусловлены непосредственно трудной интубацией трахеи, трудной вентиляцией при неудавшейся интубации — 38%, нераспознанной интубацией пищевода — 18%, травмой дыхательных путей — 4,7%, аспирацией — 2,7%. По различным данным, частота трудной интубации и связанных с ней проблем составляет от 1 до 20%. В базе данных закрытых исков The American Society of Anesthesiologist (ASA) иски за повреждение гортани составляют треть исков (33%) за повреждение дыхательных путей. Большинство (80%) исков за повреждение гортани возникали после обычной интубации трахеи при плановой анестезии. Большинство (85%) из них были связаны с кратковременной интубацией [2].

Проблемы обеспечения проходимости дыхательных путей при выполнении интубации трахеи возникают в 1–3% случаев и зачастую зависят от методики интубации трахеи и опыта анестезиолога. Даже опытный врач-анестезиолог выполняет интубацию трахеи с третьей и более попыток при использовании ларингоскопа в 0,3% случаев. Неудачи интубации трахеи происходят в 0,05–0,02% у пациентов общехирургического профиля и в 4 раза чаще — в акушерстве. Зачастую в 0,01% случаев ситуация выглядит как «невозможно вентилировать — невозможно интубировать», где наиболее важной задачей является предотвращение гипоксии. При неудачных 2-3-х попытках проводится масочная вентиляция, обеспечивается достаточная оксигенация, пробуждается пациент, восстанавливается сознание и адекватное самостоятельное дыхание пациента, далее необходимо